LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Goître constricteur kystique, par le Dr Le Bec. 49 — **Clinique médicale** : Sur deux cas de guérison du goître par la médication thyroïdienne, par le Dr Gaston Branthomme, 51. — **Bibliographie** : La Sérothérapie, par le Dr P. Patet, 52. — **Revue de la presse** : Le rhume des foins, 52. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 janvier.* — Présidence de M. Cornu. 52. — La dépense énergétique des muscles, 52. — Oscillations rétiniennes consécutives à l'impression lumineuse, 52. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 janvier.* —Présidence de M. Hervieux, 54. — Atonie gastro-intestinale,54. — Morphinomanie, 54.— Prophylaxie du paludisme, 54. —**Société médicale des hôpitaux**: *Séance du 17 janvier.*—Pseudo-méningite consécutive à l'emploi de la créosote, 54.— Folie hépatique, 55.—Exploration de la rate par effleurement, 55.— **Congrès français de chirurgie** : Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895, 55 — Résultats de l'examen des dix mille observations recueillies à la consultation des bandages au Bureau central du 4 février 1881 au 11 août 1884, 55.— **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 11 décembre*, 57. Correspondance, 57. —Distinctions honorifiques, 57. — Communications diverses, 57 — Admissions dans la Société, 57. — Candidatures, 57. — Election du bureau pour l'année 1896, 57. — Election du Conseil d'administration et de famille, 57. — Comité de publication, 58. — Décret de réorganisation du Bureau de Bienfaisance, 58. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 janvier*, 58. — Eruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopécie consécutive, par MM. Gaucher et Barbe, 58.— **Société de Chirurgie** : *Séance du 22 janvier.* — Présidence de M. Th. Anger, 58. — Grossesse extra-utérine, 58.— Appendicite opérée, 59. — Gastroentérostomie par bouton de Murphy pour sténose du pylore, 59. — Ostéome de la partie supérieure de la cuisse. — Ablation. Guérison, 59. — Grossesse extra-utérine. Rupture intra-péritonéale. Laparotomie. Guérison, 59. — **Variétés** : L'affaire de Montreuil, 59. — **Memento pratique**, 60. — Traitement de l'épilepsie, 60. — Le vinaigre, antidote de l'acide phénique 62. — Des préparations de corps thyroïde, **Nouvelles**, 62. — **Bulletin bibliographique**, 64.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Goître constricteur kystique (1)

par le Dr Le Bec

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph

Obs. I.— Aut...Clément, 19 ans, né à Hérolles, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 1er avril 1895.

Antécédents. La mère eut un goître à une époque inconnue du malade ; elle en guérit. Une de ses sœurs fut affligée de la même maladie à l'âge de 18 ans. Elle guérit par un traitement médical. Une autre sœur vient d'être prise, elle est actuellement en traitement par l'iode et les iodures.

Aucun antécédent personnel. Le malade jouissait d'une excellente santé. Il y a 5 ans environ le corps thyroïde se mit à grossir, aucun traitement ne fut institué. Un an après, le goître se développant toujours, le malade alla consulter des médecins qui le soumirent aux iodures. Le professeur Le Dentu conseilla l'opération.

Etat actuel : L'état général est très bon ; quand le malade respire on entend un bruit de cornage très fort, l'examen de la base du cou fait reconnaître une tumeur ayant la forme de la glande thyroïde plongeant sur la fourchette sternale. Elle est inégale, présente des bosselures, l'une surtout très volumineuse située en bas et à gauche. La consistance est molle, égale partout. Une ponction exploratrice faite avec une seringue de Pravaz donne un liquide séreux et légèrement coloré. Le diagnostic du goître kystique est immédiatement fait.

L'examen au laryngoscope fait par le Dr Chatellier montre un rétrécissement considérable de la trachée. Les cordes vocales inférieures très mobiles s'écartent facilement et ont leur disposition normale. Au-dessous de la corde droite s'avance une tumeur qui réduit la lumière de la trachée au tiers de son calibre normal. Au-dessus du rétrécissement on voit un cartilage de la trachée.

Opération, 3 avril 1895. Incision verticale et médiane, partant du milieu du cartilage thyroïde, et se terminant au sternum, et mettant à nu le goître. Une fois la capsule incisée je me mets en devoir d'énucléer le kyste, qui est très adhérent à la trachée. A ce moment se produit une forte hémorhagie, que j'arrête avec peine. Je fais surtout une ligature de vaisseaux, suture profonde et superficielle. Je place deux petits drains dans la cavité laissée par la tumeur.

Le chloroforme a été satisfaisant, malgré des accès de suffocations au début.

Le malade se déclara immédiatement soulagé. Il éprouvait le même bien-être avant l'opération, quand une ponction avait vidé son kyste.

8 avril. Premier pansement. Le drain est enlevé.

10 avril. Les fils sont enlevés et la réunion est faite. Guérison rapide.

La tumeur est formée essentiellement par une poche vide, haute de 6 centimètres et large de 3 centimètres. Ses parois sont minces et ont quelques points durs et lubrifiés. Elle comprimait énergiquement la trachée qui était aplatie et déplacée.

Obs. II.— *Goître plongeant constricteur kystique.*

(1) Communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

— M. Pap..., d'Orléans, vient me consulter le 10 juin 1895. C'est un homme de 48 ans, de petite taille, qui avant l'âge de 40 ans n'a jamais été malade. A cet âge il remarque que son cou grossit et qu'il est nécessaire d'élargir constamment ses cols de chemise. Presque en même temps survient de la gêne respiratoire. Le malade a de fréquentes oppressions, après une marche un peu rapide il a le visage très congestionné. On le traitait alors comme asthmatique, on lui faisait prendre quantité d'iodure de potassium. Tous ces symptômes vont en s'accentuant depuis le début. Il y a dix-huit mois le malade a été pris d'une syncope et tombe dans la rue ; seconde syncope quelques mois après ; troisième syncope en janvier 1895. On traite alors le goître en lui faisant des injections interstitielles de teinture d'iode. Ce traitement a été suivi cinq mois sans amélioration des symptômes de compression. Le cou a cependant un peu diminué de volume.

A l'arrivée du malade à Paris, je constate l'état suivant. La face est violacée, la respiration difficile, les inspirations sont courtes et fréquentes. La voix est faible et d'un timbre caractéristique. Ces troubles de la voix remontent à 2 ans, nous dit le malade.

On remarque à la partie antérieure du cou une tumeur qui aurait occupé primitivement la partie médiane du cou, mais qui actuellement envahit la moitié gauche principalement; elle est dure, non fluctuante, non adhérente à la peau, mais adhérente aux parties profondes, suivant la trachée dans ses mouvements. Le cou mesure 42 centimètres de tour. La circulation veineuse sous-cutanée est très développée, de grosses veines font saillie surtout de chaque côté. Le malade n'accuse aucun phénomène de dysphagie. Il présente actuellement des troubles respiratoires qui se caractérisent à la vue par une dyspnée intense déterminant quelquefois la syncope ; à l'auscultation par une expiration prolongée, quelques râles sibilants en avant et des deux côtés accompagnés d'une sonorité exagérée qui indique un certain degré d'emphysème accompagné de bronchite chronique. Le cou est normal, rien dans les autres organes, rien dans les urines.

Craignant une altération du cœur droit dont l'auscultation était impossible à cause de l'emphysème pulmonaire, je fis prendre au malade un gramme de caféine pendant une semaine.

18 juin. — Opération. — Incision verticale sur la ligne médiane allant de l'os hyoïde au sternum sur laquelle j'en fais tomber une autre longeant la clavicule gauche dans les deux tiers de sa longuer. Je lie, sous l'aponévrose cervicale superficielle, des veines énormes, dont quelques-unes sont du volume du petit doigt. Les muscles sterno-thyroïdiens sont étalés devant la tumeur et on ne voit pas la ligne médiane que je retrouve fortement déjetée à droite. Sous ces muscles se voit la tumeur couverte de vaisseaux sanguins formant un véritable glacis artériel ; avec peine et en pinçant ces vaisseaux j'arrive à la capsule du goître que j'incise.

Je commence à énucléer la partie supérieure très adhérente au larynx, et je constate alors que cet organe et la trachée sont fortement déviés à droite. En continuant l'énucléation de haut en bas j'arrive sur la face antérieure de la colonne vertébrale, puis descendant de haut en bas, je soulève avec mes doigts la partie intérieure de la tumeur qui est engagée très bas derrière la première pièce du sternum.

J'attaque ensuite la partie gauche à ce moment, je me trouve obligé de couper en travers le muscle sterno-mastoïdien qui forme une bride dure couvrant le goître. Cette section faite je continue l'énucléation avec le doigt, et je réussis à enlever toute la tumeur. Une artère donne dans le fond et est assez facilement pincée. La cavité qui reste est vaste, elle est limitée par le larynx transporté à droite, la colonne vertébrale, la veine jugulaire gauche, le sternum, et plonge dans le médiastin. On voit le fond qui se soulève fortement à chaque mouvement respiratoire. Je lie onze vaisseaux. Deux drains sont mis dans la partie inférieure de la cavité, et la plaie est fermée partout avec des sutures aux crins de Florence.

La tumeur forme une masse ovoïde à axe vertical haute de 12 centimètres; à la coupe elle offre l'aspect classique du goître parenchymateux avec un kyste sanguin au centre.

19 juin. — Nuit bonne, suintement abondant. J'enlève un drain.

26 juin. — Deuxième pansement. Le second drain est enlevé.

1er juillet. — Guérison totale.

Le malade est retourné dans son pays huit jours après.

Novembre. — Le malade me fait savoir qu'il est tout à fait remis, la face n'est plus congestionnée et les symptômes d'oppression ont complètement disparu.

Obs. III — *Goître kystique bilatéral.* — Ler.. Marie, 26 ans entre à l'hôpital Saint-Joseph en janvier 1895. Antécédents héréditaires nuls. Il n'y a pas de goîtreux dans sa famille, mais il y en a beaucoup dans la Mayenne où elle est née.

Le début de son goître remonte à l'âge de 10 ans. On s'est aperçu à cette époque que le cou était un peu plus gros à gauche qu'à droite. Les progrès de sa tumeur furent extrêmements lents. Depuis l'âge de 21 ans la partie gauche n'a pas augmenté de volume, mais le côté droit grossit peu à peu et continuellement.

La malade a été soignée à l'âge de 25 ans pour une maladie de cœur, actuellement la malade se plaint de temps en temps de palpitations ; en l'auscultant on ne constate aucune lésion des valvules du cœur.

L'examen du cou fait reconnaître un goître bilatéral plus gros à gauche qu'à droite : à droite la tumeur a une hauteur de cinq centimètres, une largeur de six; à gauche la hauteur verticale est de 12 centimètres la largeur 9. La tumeur dépasse le sterno-mastoïdien en entier et atteint le milieu de l'espace sus-claviculaire. Les deux tumeurs sont très molles et nettement fluctuantes. A la surface de la peau on voit de grosses veines. Le larynx et le cartilage thyroïde sont entre les deux tumeurs et ne paraissent pas comprimés. La carotide gauche bat très en arrière du muscle sterno-mastoïdien. La malade se plaint d'un peu de gêne respiratoire lorsqu'elle monte les escaliers. Ce qui l'inquiète surtout c'est le développement considérable de sa tumeur et la difformité qui en résulte.

Opération. — Le 15 janvier 1895. Longue incision sur la ligne médiane allant du cartilage thyroïde au sternum. J'attaque la capsule de la tumeur droite sans trouver de vaisseaux gênants, et j'enucle facilement le goître. Celui-ci enlevé, il reste une ouverture large permettant d'atteindre facilement le goître du côté gauche. Avant d'arriver à la capsule il est nécessaire de lier quelques veines très larges. Une fois la capsule ouverte je fais rapidement l'énucléation du fond de la tumeur car ce fond saigne beaucoup. Je place des pinces sur les vaisseaux et l'hémorrhagie s'arrête aussitôt. Ces pinces sont remplacées par des ligatures. Je ferme la plaie en suturant les plans profonds, les muscles et la peau; je laisse deux gros drains dans la partie inférieure de la cavité.

19 janvier. — Enlèvement d'un drain.
25 — Enlèvement du second drain.
30 — Guérison totale.

Les tumeurs enlevées forment deux masses globuleuses régulières de forme, ayant tous les caractères ordinaires des kystes du corps thyroïde.

CLINIQUE MEDICALE

Sur deux cas de guérison du goître par la médication thyroïdienne

Par le Dr Gaston BRANTHOMME
de Noailles (Oise).

La communication du Dr Marie à la Société médicale des hôpitaux (1) nous engage à publier les deux observations suivantes :

Il s'agit, dans la première, d'un jeune homme de 16 ans, vacher, qui, dès son bas âge, avait le cou gros. En janvier 1894, en faisant un effort il sent, dit-il, « claquer dans son cou quelque chose ». A partir de ce moment il se développe un goître qui amène le jeune homme devant nous six mois plus tard. En janvier 1894, nous constatons en effet sur le malade, l'existence d'un goître hyperplasique très volumineux avec prédominance à droite; il a le volume d'un poing d'adulte, est résistant, assez dur. La trachée est comprimée : cornage intense, essoufflement rapide, médication par l'iode. J'arrive en 15 jours à la dose quotidienne de 30 gouttes; à ce moment je commence les injections interstitielles de teinture d'iode, en continuant le traitement interne ; léger résultat local, mais passager. Je remarque même que la piqûre de l'aiguille seule produit le même résultat que l'injection d'iode. Mais le mal s'aggrave à tel point qu'une opération me paraît indispensable, et que je m'attends à tout moment à faire la trachéotomie d'urgence. A cette époque (août 1894), j'ai connaissance des cas de Bruns, je soumets mon malade à la médication thyroïdienne exclusive. Il prend tous les jours 5 grammes de corps thyroïde cru de veau ou de mouton.

Deux semaines après le début de ce traitement, un mieux très notable se manifeste. La respiration est plus libre, la tumeur est plus molle, et déjà diminuée. Je renonce à envoyer à l'hôpital mon malade qui va de mieux en mieux et qui, au bout de 5 mois de traitement, est complètement guéri; à partir du troisième mois il ne prenait plus que 15 grammes par semaine de corps thyroïde.

La quantité de corps thyroïde de veau, par rapport au corps thyroïde de mouton, était comme 3 est à 2.

Pendant ce traitement, l'appétit était augmenté, et il y a un amaigrissement de 8 livres. Rien à signaler du côté des urines, les forces n'ont pas été modifiées.

Ajoutons en terminant que mon malade a un jeune frère atteint d'un très léger goître à droite, et qu'il ne présente comme antécédents rien à signaler.

A côté de cette observation, je placerai celle d'un autre garçon, âgé de 17 ans, de très bonne santé, grand, fort, travaillant assis, à guillocher l'éventail.

Depuis 6 mois, il s'aperçoit que son cou grossit graduellement, mais dans les derniers 8 jours il a pris un développement rapide; je constate, le 20 mai 1895, sur lui l'existence d'un goître simple, affectant le corps thyroïde entier.

Celui-ci est résistant, pas très dur; gêne, raideur du cou, qui a un périmètre de 43 centimètres. Le malade est légèrement essoufflé et ne peut chanter.

Je prescris 5 grammes de corps thyroïde de mouton par jour, mais le patient ne peut en prendre que 4 fois par semaine.

Au bout de 3 semaines, mieux manifeste. Deux mois après, le périmètre du cou pris exactement au même endroit mesure 38 c. 5 au lieu de 43.

Le malade peut maintenant boutonner ses vêtements, il chante et n'est plus essoufflé en marchant; il me déclare ne plus pouvoir suivre le traitement, malgré l'amélioration et sans doute à cause d'elle.

Il reste néanmoins une légère tuméfaction du corps thyroïde. Je consens à la suppression du traitement,

(1) Voir *France Médicale*, 1895, n° 46, p. 729.

à la condition de le reprendre tout de suite, s'il y avait recrudescence.

A l'heure actuelle (3 mois après la fin du traitement) la situation est absolument la même qu'à la fin de celui-ci.

La grand'mère de ce jeune homme a eu un léger goître à 18 ans. Deux ans après il a beaucoup diminué, mais non disparu complètement, son frère plus agé que lui de 2 ans a aussi un goître très peu marqué et qui ne l'a jamais gêné.

Ainsi, voilà deux succès incontestables par la médication thyroïdienne chez des individus jeunes, dont le goître était à développement récent.

J'ai encore d'autres malades en traitement, je me propose de rapporter plus tard leurs observations.

BIBLIOGRAPHIE

La Sérothérapie, mode d'emploi, résultats cliniques, par le Dr P. Patet. Thèse de Doctorat, Lyon, 1895 (J.-B. Baillère et fils, édit.)

Malgré une courte esquisse historique et quelques notes malheureusement trop abrégées sur le mode de préparation du sérum, le Dr Patet, ainsi qu'il le déclare lui-même, s'en est tenu uniquement dans son travail à ce qui a été fait à Lyon et à envisager la question plus spécialement au point de vue clinique.

De ses observations recueillies dans le service des diphtériques de l'hôpital de la Charité de Lyon, il tire les conclusions suivantes en tous points conformes à ce que nous observons à Paris :

1° La sérothérapie a donné jusqu'à ce jour des résultats favorables. Elle a abaissé la mortalité de la diphtérie.

2° Les accidents constatés au cours des diphtéries traitées par le sérum peuvent tous être imputés à la diphtérie.

3° Un seul, l'éruption, semble plus fréquent depuis l'emploi du sérum.

3° Ces éruptions n'ont dans aucun cas revêtu un caractère quelconque de gravité.

4° La sérothérapie n'agit que sur le bacille de Lœffler ; elle n'a aucune action sur les microbes associés à ce bacille.

5° La sérothérapie a une action d'autant plus sûre que le traitement est commencé plus près du début. L'injection préventive a été faite à la dose de 1 à 2 centimètres cubes sans autre inconvénient que l'éruption passagère.

REVUE DE LA PRESSE

Le rhume des foins. — M. Joal termine un intéressant travail par ces conclusions :

Le rhume des foins est une névropathie réflexe du nez.

Un état de prédisposition est constitué par trois facteurs : arthritisme, nervosisme, hyperexcitabilité nasale.

Le plus grand nombre des individus affectés présentent les attributs d'une nutrition retardante et les signes de la neurasthénie. Il y a incompatibilité entre l'hay fever et les grandes névroses.

Des poussées vaso-motrices de la muqueuse nasale commandent à l'apparition des accidents paroxystiques ; elles peuvent se montrer indépendamment de toute altération hypertrophique ; mais on constate ordinairement un certain degré d'hyperesthésie de la pituitaire.

Les phénomènes vaso-moteurs et spasmodiques sont sous la dépendance de réflexes secondaires du nez.

Ces réflexes ont eux-mêmes pour origine : 1° des excitations d'ordre sensoriel ; 2° des excitations se rapportant à la sensibilité générale.

Parmi les premières, nous attribuons une activité prépondérante aux odeurs ; en second lieu, viennent les impressions lumineuses. D'un autre côté, la chaleur et les poussières interviennent soit en irritant la peau, soit en agissant mécaniquement sur la muqueuse nasale.

La spécificité du pollen et de certains microorganismes ne saurait être admise.

Que la maladie se manifeste d'une façon irrégulière ou périodique, on trouve dans les deux cas des faits absolument semblables, évoluant sur le même terrain constitutionnel, liés aux mêmes conditions génésiques de la pituitaire et des centres nerveux. Ce sont les principales causes occasionnelles, odeurs, lumière, chaleur, qui, en faisant sentir leurs effets aux mêmes époques de l'année, déterminent la périodicité des accès.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 janvier. — Présidence de M. A. Cornu.

La dépense énergétique respectivement engagée dans le travail positif et le travail négatif des muscles, d'après les échanges respiratoires. Applications à la vérification expérimentale de la loi de l'équivalence dans les transformations de la force chez les êtres organisés. Exposition des principes de la méthode qui a servi à cette vérification. — M. A. Chauveau fait sous ce titre une longue communication qui nous paraît peu susceptible d'applications pratiques immédiates et que nous ne faisons qu'indiquer.

Oscillations rétiniennes consécutives à l'impression lumineuse. — M. Aug. Charpentier. Il y a plusieurs années (comptes rendus, 20 et 27 juillet 1891), j'ai démontré que la rétine est le siège de phénomènes oscillatoires rapides, produits sous l'influence des excitations lumineuses. Toute lumière tombant sur la rétine provoque une réaction négative qui peut être suivie elle-même de plusieurs phases

alternativement positives et négatives, d'amplitude décroissante. La durée d'une période complète de ces oscillations est d'environ 3/100 de seconde (1/30 à 1/35). C'est là un phénomène plus ou moins marqué, mais constant, et l'on peut dire que toute sensation lumineuse, brève ou longue, commence par être oscillatoire (alternativement croissante et décroissante).

Certains auteurs ont voulu rapprocher de ce fait capital une seconde espèce d'oscillation plus lente de la sensation, qu'ils ont crue aussi constante et uniforme. Dans certaines conditions, on voit une excitation lumineuse brève réapparaître un instant après la disparition de la lumiere. Cette sorte de dédoublement de la sensation, d'abord observée par C.-A. Young, et que j'avais cru pouvoir rapprocher de ma réaction négative, est en réalité d'un autre ordre. Shedford Bidwell, von Kries, qui l'ont étudiée récemment, ne me semblent pas avoir reconnu sa véritable signification. Voici les résultats d'expériences variées, qui m'ont permis de la faire rentrer dans un ordre de faits plus général.

J'ai opéré à l'aide de disques rotatifs, tournant au devant d'un champ lumineux uniforme (verre dépoli recouvrant une lentille plan-convexe de 20 cm. de diamètre, au foyer de laquelle (à 46 cm) est une source lumineuse dont on peut varier l'intensité). Dans un disque noir et opaque est percée, à une certaine distance du centre, une fenêtre plus ou moins large en forme de portion de secteur; cette fenêtre, en tournant devant le verre dépoli, forme un objet lumineux mobile qui laisse une trace annulaire, dont les détails sont en rapport avec les phases diverses de la sensation pendant et après le passage de la lumière sur chaque point de la rétine; grâce à des dispositifs variés, que je ne puis décrire ici, l'excitation peut être plus ou moins rapide, plus ou moins longue, plus ou moins intense. Avec une vitesse de rotation variant entre 1 et 3 secondes par tour, elle laisse sur la rétine d'un œil *bien immobile* (condition capitale) une trace où l'on peut facilement analyser, à chaque passage du secteur, les impressions rétiniennes successives, distribuées suivant l'espace.

Or, dans certaines conditions déterminées d'intensité lumineuse et de durée de l'excitation, la fenêtre du disque se montre suivie à distance par un objet de forme analogue, mais bien plus pâle, sorte de réviviscence affaiblie de l'image rétinienne primitive. Cette *image récurrente* est généralement incolore, elle paraît bleuâtre pour de faibles intensités. Elle est séparée de l'objet par un intervalle noir, plus noir que le reste du fond.

On a cru que cette image se formait toujours 1/5 de seconde après l'excitation, et qu'elle reproduisait régulièrement la forme de l'objet. Il n'en est rien. En réalité, elle fait partie d'une image consécutive toujours assez longue et dont l'intensité varie, croissant d'abord, puis décroissant à partir d'un maximum. C'est ce maximum qui, seul visible dans certains cas par suite du peu d'intensité du reste de l'image, constitue alors l'image récurrente; mais ses dimensions sont loin d'être constantes et de rappeler toujours celles de l'objet; si on affaiblit la lumière, sa largeur diminue, puis elle disparaît; si on l'augmente, l'image, d'abord mince, s'élargit de plus en plus, et elle peut atteindre cinq ou six fois la largeur apparente de l'objet. En même temps, quand la lumière augmente, l'image récurrente apparaît de plus en plus tôt, l'intervalle noir qui la sépare de l'objet diminue.

La durée de l'excitation agit comme son intensité; plus elle est grande, plus l'image s'étale et plus elle suit de près l'excitation.

Le moment d'apparition de l'image dépend d'ailleurs non du début, mais de la fin de l'excitation.

J'ai constaté ces faits en variant la durée d'excitation jusqu'à 1/2 seconde mais la durée la plus favorable pour avoir une image récurrente bien limitée est seulement de 2/100 à 5/100 de seconde.

L'image récurrente peut se produire avec toutes les couleurs, mais elle est surtout marquée pour les couleurs les plus réfrangibles. Je l'ai vue se produire, même pour le rouge, à l'aide de verres de cette couleur qu'il est facile de se procurer à peu près purs; seulement, l'image est alors très faible, et on ne la perçoit bien que si l'intensité lumineuse est suffisamment grande; elle est plus forte avec le vert, et surtout marquée avec le bleu (ce qui explique qu'on ne l'ait quelquefois remarquée que dans la lumière bleue). Sa coloration n'a rien de spécifique et varie avec l'intensité de l'excitation; elle peut être colorée comme celle-ci, mais paraît le plus souvent grise, tirant sur le bleu ou le violet pour de faibles intensités; dans la lumière bleue de moyenne intensité, elle paraît plutôt jaune verdâtre.

En somme, il s'agit ici, non d'une excitation spéciale des fibres du violet, ni d'une action élective sur les bâtonnets, comme cela a été dit, mais seulement d'un cas particulier, d'une phase maxima de l'image persistante qui suit toute excitation. Seulement, ce qu'il y a ici d'important et de général, c'est l'intervalle noir qui suit constamment et immédiatement l'excitation : c'est une réaction négative de clôture, et je l'avais déjà remarquée dans toutes mes expériences de 1891, sur les oscillations rétiniennes. La durée apparente de cet intervalle noir est variable, car il doit paraître d'autant plus long que l'image consécutive est plus faible; aussi, pour de faibles lumières ou de très brèves excitations, peut-il atteindre 1/4 de seconde, tandis qu'il peut être réduit à 1/36 de seconde environ pour des excitations assez fortes atteignant une durée d'un ou plusieurs centièmes de seconde.

Ainsi la cessation de l'excitation lumineuse produit une réaction négative de la rétine, de même que la naissance de l'excitation lumineuse produit la réaction négative que j'ai mise en évidence sous le nom de *bande noire*. La période noire de clôture, comme la période noire de l'excitation commençante, est instantanée, mais elle en diffère par sa longueur généralement plus grande, et par sa variabilité. Elle peut enfin, dans certains cas, affecter, comme la bande noire initiale, une forme oscillatoire multiple, car j'ai pu voir se produire, surtout avec la lumière bleue, des images récurrentes doubles et même triples, d'intensité décroissante, et séparées par des intervalles sombres.

Il y a intérêt à rapprocher ces faits des réactions électriques connues que donnent sur la rétine la naissance et la cessation de l'excitation lumineuse : dans les deux cas, on observe une réaction momentanée et généralement inverse de celle qui se prodait pendant que dure l'action de la lumière. De là à les rapporter à des phénomènes d'induction, il n'y a qu'un pas, d'autant plus que la structure actuellement connue du système nerveux, où les éléments d'un même circuit communiquent par voie de contiguïté et non de continuité, rend infiniment probable la production fréquente, sinon habituelle, d'actions induites contre les

éléments successifs d'une voie nerveuse donnée. C'est là un point de vue évidemment tout conjectural, que je ne puis qu'indiquer ici en passant, me réservant de le développer ailleurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier. - Présidence de M. HERVIEUX.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, Commenge, Bertillon, J. Voisin, Rivière, qui se portent candidats à la place d'associé libre ; 2° un pli cacheté déposé par un anonyme; 3° des lettres de MM. Pozzi et Delorme qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Atonie gastro-intestinale. — M. DEBOVE fait un rapport sur un travail lu récemment par le Dr Clozier de Beauvais, qui fait remonter à la première enfance l'atonie gastro-intestinale. Le rapporteur n'est guère porté à faire remonter à la première enfance une dyspepsie gastro-intestinale de l'adulte, ni à l'attribuer, à des tétées trop fréquentes et trop prolongées; cette incrédulité tient peut-être à ce que M. Clozier se borne à donner les résultats de son expérience personnelle sans fournir à l'appui ni observations, ni documents d'aucun genre.

Morphinomanie. — M. LABORDE présente, de la part de M. le Dr Paul Sollier, médecin directeur de la villa Montsouris, un travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° La méthode rapide est la seule dont l'application, soumise à des règles précises, qui en font une méthode véritablement rationnelle et scientifique, soit infaillible pour faire le sevrage complet de la morphine ; 2° elle n'offre aucun des risques mortels de la suppression brusque et exige un temps considérablement moins long que la suppression lente ; 3° les douleurs qu'elle provoque sont beaucoup moins violentes qu'on ne le dit et peuvent même faire défaut dans un sixième des cas ; 4° cette méthode n'exige aucun moyen de contention personnelle et ne justifie pas l'internement du malade. Il suffit qu'il soit placé dans une maison spéciale pendant environ 60 jours. Plus que la méthode lente, la méthode rapide met à l'abri des récidives dans la proportion de 1 à 10 environ.

Prophylaxie du paludisme. — M. LABORDE commence une communication qu'il continuera dans la prochaine séance et que nous résumerons quand elle sera terminée.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Gaulard (de Lille) ; 2° M. Auffray (de Rochefort) ; 3° *ex æquo* MM. Follet (de Lille), Gross (de Nancy), Poncet (de Cluny) et Poncet (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1895.

Pseudo-méningite consécutive à l'emploi de la créosote. — M. FAISANS. Un étudiant en pharmacie, de vingt-six ans, tuberculeux pulmonaire à la deuxième période, était traité par les injections d'huile créosotée. Trois années auparavant, alors que la tuberculose était presque à son début, ce malade avait déjà reçu, en quinze jours, au Val-de-Grâce — où il était soigné par M. Rurlureaux — 140 grammes d'huile créosotée, soit 9 grammes et demi environ de créosote par jour. Ce traitement avait été suivi d'une amélioration notable, bien que la toux ait persisté. Le malade fut réformé.

Lorsqu'il entra dans mon service, le 10 décembre dernier, pour des accidents pseudo-méningitiques, il y avait trois semaines qu'il avait repris le traitement créosoté, également sous la direction de M. Burlureaux. Il avait reçu chaque jour, pendant ces trois semaines, des doses progressivement croissantes d'huile créosotée au 1/15me, 10, 20, 30, 40 et jusqu'à 140 grammes. C'est le 6 décembre que cette dose de 140 gr. fut atteinte. Ce jour-là on s'aperçut que les urines étaient foncées et on abaissa la dose à 60 gr. pour la journée du 7.

Le matin du 9, quand on pénétra dans la chambre du malade, on le trouva étendu sur son lit, en proie à une violente agitation et à du délire alternant avec un état semi-comateux. Il fut impossible d'obtenir de lui le moindre renseignement sur ce qui s'était passé ; seulement, on vit près de lui le flacon d'huile créosotée avec l'aiguille, et on put se rendre compte que, dans l'injection qu'il s'était faite lui-même le dimanche, 8 décembre, le malade avait pris 140 grammes d'huile créosotée au 1/15e, représentant environ 9 gr. 50 de créosote.

On note une dilatation considérable des pupilles ; la température est à 38° ; le pouls, régulier, à 100 ; il existe une hyperesthésie générale très marquée; le malade paraît souffrir surtout du ventre et de la tête ; sur le lit et dans la chambre on relève des traces de vomissements survenus la veille, ou dans la nuit. Le Dr Burlureaux porte le diagnostic de méningite tuberculeuse et demande le transfert à l'hôpital ; le malade est reçu dans mon service le 9, et je le vois le 10 pour la première fois.

Il était alors dans un état demi-comateux et couché en chien de fusil. Pupilles largement dilatées, la droite plus que la gauche ; pas de strabisme ; aucune paralysie circonscrite. Il paraît y avoir une hyperesthésie très marquée et générale. Mouvements désordonnés et délire. T : 36,2 seulement. Le malade urinant sous lui, on ne peut analyser les urines.

Le 13, ces divers symptômes s'amendent ; le malade retrouve partiellement sa lucidité, mais ne se rappelle encore rien de ce qui s'est passé. Il a émis depuis la veille plus de deux litres d'une urine très foncée, noirâtre, tout à fait semblable à l'urine phéniquée.

Le 14, l'amélioration s'accentuait encore ; le 15, complètement rétabli, il quittait l'hôpital.

Il vint nous revoir trois jours plus tard ; les pupilles étaient encore un peu dilatées, mais il nous apprit alors que son œil droit était depuis longtemps amaurotique, à la suite d'un traumatisme, et que la pupille droite était toujours plus grande que la gauche.

Il ne s'agissait donc pas d'une méningite tuberculeuse, diagnostic sous lequel le malade nous avait été envoyé. Sans nier que l'on ait pu observer quelques cas de guérison de cette maladie, j'estime que le diagnostic doit être tenu pour suspect, quels qu'aient été les symptômes observés, lorsque la terminaison n'a pas été la mort. En outre, dans

le cas particulier, les symptômes essentiels de la méningite tuberculeuse manquaient (absence de fièvre ; pas d'irrégularité du pouls ni des mouvements respiratoires ; pas de convulsions ni de paralysies ; pas de raideur de la nuque). L'erreur commise provenait, sans doute, de ce fait que, lorsque surviennent brusquement, chez un tuberculeux notoire, des accidents cérébraux ou cérébro-spinaux graves, on a beaucoup de peine à se défendre de l'idée que le malade commence une méningite tuberculeuse.

Mon diagnostic de début fut pseudo-méningite toxique. Comme j'ignorais alors les circonstances au milieu desquelles étaient apparus les accidents nerveux, la ditatation considérable des pupilles me fit penser à la belladone ; trois jours plus tard, les renseignements très précis du malade m'apprenaient que seule la créosote devait être incriminée.

M. Burlureaux a observé et publié, dans son livre sur le traitement de la tuberculose par la créosote, deux cas, sinon identiques au mien, du moins très analogues. Dans les trois cas, les symptômes d'empoisonnement se sont produits de la manière la plus inattendue, chez des hommes qui avaient supporté jusque-là, sans accidents, une médication prolongée, trois semaines environ dans mon cas, 55 et 66 jours dans les deux cas de M. Burlureaux ; on doit en conclure que la tolérance n'est quelquefois qu'apparente, ou bien qu'elle peut cesser brusquement, sous l'influence de causes non déterminées. Enfin, il est impossible, dans ces trois cas, d'incriminer la mauvaise qualité du médicament, puisque les trois cas ont été traités par M. Burlureaux, et que ce dernier déclare ne se servir que de créosotes rectifiées, lesquelles « lui donnent toute satisfaction ».

Dans les deux observations de M. Burlureaux, comme dans la mienne, l'évolution des accidents a été très rapide, et la guérison est survenue au bout d'un petit nombre de jours ; dans les trois cas, le traitement a été immédiatement interrompu, et je me demande ce qui serait arrivé si, sous prétexte de méningite tuberculeuse, on avait continué l'administration du médicament aux mêmes doses, ou à des doses plus élevées.

Folie hépatique. — M. Charrin rapporte un nouveau fait de ce genre. Il concerne un homme de 52 ans, sans antécédents héréditaires, alcoolique, mais qui, paraît-il, pour des raisons spéciales, n'avait pu boire une goutte d'alcool depuis un an. Il était porteur d'un gros foie et eut, parallèlement à une aggravation de son affection du foie, un délire rappelant tout à fait le délire alcoolique.

Exploration de la rate par effleurement. — M. Catrin signale un procédé d'exploration de la rate qui permet d'éviter les difficultés et même les dangers de la délimitation de cet organe par le procédé classique de la percussion. M. Catrin conseille, le malade étant debout, de placer la main droite dans le flanc gauche ; après quoi, pressant légèrement avec la pulpe des doigts, on remonte jusqu'à ce qu'on ait rencontré le bord inférieur de la rate. M. Catrin propose de désigner ce procédé d'exploration par le mot : « effleurement. »

M. Bourneville présente six petits idiots myxœdémateux, chez lesquels il va essayer le traitement thyroïdien et qu'il montrera ultérieurement.

M. Marfan signale, à ce propos, les accidents extrêmement graves qu'entraîne le traitement thyroïdien chez les tout jeunes enfants (au-dessous de trois ans).

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895 (1)

Résultats de l'examen des dix mille observations recueillies à la consultation des bandages au Bureau central du 4 février 1881 au 11 août 1894. — M. Berger, de Paris (*Suite et fin*).

14° Les *hernies de la ligne blanche* et les *hernies épigastriques* sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit généralement : elles représentent dans ma statistique 1,37 0/0 du chiffre total des hernies, tandis qu'elles n'entrent que pour 0,096 pour 100 dans celle de Macready. Elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme parfois multiples (j'en ai vu 4 superposées sur la ligne blanche), et paraissent être les restes de cette *aplasie* de la ligne blanche qui constitue l'éventration sus-ombilicale dans le jeune âge.

15° Les *laparocèles* au nombre de 29 chez la femme, de 6 seulement chez l'homme, 1 cas de *hernie obturatrice*, 2 de hernies *lombaires*, 4 hernies *hypogastriques*, 4 hernies *cicatricielles*, complètent le relevé qui comprend 13,483 hernies observées sur 7,433 sujets masculins de tous âges. 3,317 hernies seulement reconnues sur 2,534 sujets du sexe féminin.

La proportion des hernies à ceux qui les portent dans le sexe masculin est comme 2 est à l'unité, dans le sexe féminin comme 1,3 est à l'unité.

II. *Fréquence des hernies suivant les âges.* — En comparant les chiffres des hernieux observés à chaque âge, au Bureau central, avec le chiffre de la population parisienne aux mêmes âges, tel que le donnent les statistiques municipales pour les mêmes années, je suis arrivé à construire une sorte d'*échelle de fréquence des hernies* suivant les âges.

Cette échelle de fréquence nous donne pour la première année un maximum très élevé, correspondant à l'apparition des hernies congénitales, puis une décroissance rapide aboutissant à un minimum qui correspond à la période de 20 à 24 ans ; à partir de cet âge, la courbe se relève avec le chiffre des hernieux correspondant aux âges plus avancés, pour atteindre entre 70 et 74 ans un second maximum auquel fait suite une chute définitive et très rapide : voilà pour le sexe masculin ; pour le sexe féminin les mêmes variations s'observent aux mêmes époques, mais avec une amplitude bien moins considérable.

La relation que j'ai ainsi établie entre la fréquence des cas de hernie observés au Bureau central, aux différents âges, et le chiffre de la population parisienne à ces mêmes âges, m'a permis, grâce aux statistiques des conseils de revision, d'arriver à une évaluation à peu près exacte de la proportion des hernieux par rapport à la population. Les calculs que l'on trouvera plus haut dans tous leurs détails, m'ont conduit à établir que, dans le département de la Seine, il existe environ 1 hernieux sur 14,9 individus du sexe masculin, sur 44,7 individus du sexe féminin, et sur 22,3 individus de tout sexe et de tout âge.

L'examen de la *fréquence des diverses espèces de hernies aux âges successifs de l'existence* a donné les résultats suivants :

(1) Voir *France Médicale*, 1895, nos 43, 44, 45, 46, 48 et 1896 nos 1 et 2.

A. — *Chez l'homme*. La fréquence des hernies inguinales simples, très grande dans les 5 premières années, surtout pour le côté droit, diminue rapidement jusqu'à 30 ans, puis remonte pour atteindre vers 55 ans un second maximum. Les hernies inguinales doubles, dont la fréquence est faible dans l'enfance, s'accroissent rapidement de nombre de 30 à 45 ans, plus lentement, quoique d'une manière encore sensible, de 45 à 65, pour décroître après.

Les hernies inguinales congénitales présentent une fréquence extrême dans les 5 premières années, pour diminuer très rapidement ou ne plus se montrer qu'accompagnées d'autres hernies entre les âges de 35 et de 55 ans.

De cette diminution du chiffre des hernies inguinales et particulièrement des hernies congénitales à la fin de la première enfance et de l'adolescence, on peut conclure d'une manière certaine que ces hernies, si communes peu après la naissance et dans les premières années de l'existence, guérissent presque toutes spontanément ou par le moyen des bandages. L'opération de la cure radicale pour les hernies inguinales n'est donc pas justifiée pendant les premières années de la vie, au moins en règle générale.

Les hernies crurales exceptionnelles dans l'enfance, où elles existent toujours à l'état de hernies simples, commencent à peine à se montrer vers la trentaine ; le maximum est de 60 à 70 ans.

Les hernies ombilicales simples, chez l'homme, ont une fréquence considérable dans la première année ; à partir de la cinquième année leur chiffre tombe presque à zéro pour tout le reste de l'existence ; associées à d'autres hernies, elles se montrent cependant plus nombreuses dans l'âge adulte et surtout dans l'âge avancé.

Les hernies épigastriques, rares dans la première enfance, ne s'observent guère qu'à partir de la trentaine.

Les hernies multiples n'existent que peu dans l'enfance, presque point dans l'adolescence, elles deviennent fréquentes dans l'âge adulte et surtout dans la vieillesse.

B. — *Chez la femme*, ce qui domine c'est l'énorme fréquence de la hernie ombilicale dans le jeune âge où elle existe presque seule ; cette hernie disparaît presque de 10 à 30 ans, pour redevenir très fréquente à partir de cet âge.

La hernie inguinale d'abord entre 5 et 30 ans, puis la crurale à partir de ce dernier âge, augmentent graduellement parallèlement de fréquence jusqu'à 70 ans, puis décroissent rapidement de nombre.

L'âge auquel apparaissent les diverses variétés de hernies diffère notablement de l'âge auquel ces hernies sont présentées à notre examen ; il était donc nécessaire de relever dans chaque cas l'époque de l'apparition de chaque hernie, afin d'en déduire les lois du développement de ces dernières :

En mettant à part les hernies congénitales, c'est de 40 à 45 ans qu'apparaît le plus grand nombre des hernies inguinales chez l'homme. Cette apparition est plus tardive pour les hernies gauches que pour les droites.

Les hernies inguinales congénitales font leur apparition en immense majorité dans les premiers moments de l'existence ; elles peuvent cependant ne se développer que dans la première ou la seconde enfance, ou même au début de l'adolescence, beaucoup plus exceptionnellement à une époque plus tardive : on les voit néanmoins se manifester à tous les âges de la vie.

Chez la femme, l'époque d'apparition de la hernie inguinale est un peu plus hâtive que chez l'homme ; c'est de 30 à 35 ans surtout qu'on la voit se développer.

La hernie crurale présente le maximum de fréquence de son apparition de 35 à 45 ans chez la femme, de 40 à 45 ans chez l'homme : le maximum de fréquence correspond, pour la hernie crurale comme pour la hernie inguinale, comme pour un certain nombre de hernies ombilicales, à la période d'activité génitale de la femme.

La hernie ombilicale est congénitale d'origine, ou apparaît au cours de la première année, dans presque tous les as chez l'homme, dans la grande majorité chez la femme. Comme nous venons de le dire, chez cette dernière, un assez grand nombre de hernies ombilicales ne se montrent qu'à partir de la trentaine ; on peut se demander si ce ne sont pas des hernies infantiles, méconnues jusqu'alors, et dont une grossesse a favorisé l'accroissement rapide.

Une considération importante se tire de l'âge auquel apparaît la première hernie chez les sujets atteints de hernies doubles ou multiples : en tenant compte de cette donnée spécialement chez les individus porteurs de hernies inguinales doubles, on reconnaît que *l'âge moyen auquel se développe la première hernie en pareil cas est beaucoup plus élevé que l'âge moyen auquel apparaissent les hernies inguinales simples*. Il semble résulter de ce fait qu'il existe entre les hernies inguinales simples et les doubles une différence originelle véritable ; que les premières sont d'origine plus souvent congénitale, que les secondes sont des hernies acquises simples d'abord qui tendent, au bout d'un temps plus ou moins long, à se compléter par l'apparition d'une hernie du côté opposé. Cet intervalle, très variable, qui sépare l'apparition de deux hernies sur le même sujet, est plus long pour les hernies inguinales congénitales que pour toutes les autres variétés de hernies. Pour les hernies inguinales acquises, pour les hernies crurales doubles et les distensions, il n'excède guère 10 ans et, dans un bon tiers des cas et même davantage le développement bilatéral des hernies est simultané.

II. — Considérations étiologiques diverses. — 1° *Influence héréditaire*. Des antécédents héréditaires ont été observés dans 2,079 cas sur 7,542 où cette recherche a pu être faite. L'influence de l'hérédité sur la production des hernies est donc manifeste : elle s'exerce surtout par le père sur les enfants du sexe marculin, par la mère sur les enfants du sexe féminin. Elle est *homosexuelle*. Dans les familles où se trouve notée cette influence héréditaire, le chiffre des hernieux atteint un individu sur trois ou même sur deux ; il existe donc de véritables *familles de hernieux* dont j'ai cité de nombreux exemples.

2° *Influence de la profession*. — L'influence de la profession sur le développement des hernies a été niée par Wernher ; elle est indiscutable : elle se fait sentir surtout dans les professions manuelles, puis dans celles qui exigent le travail debout. Certaines professions assises où le sujet, courbé en avant, est astreint à des efforts répétés, y exposent aussi plus que les autres.

3° L'*influence de la parturition* sur le développement des hernies ressort nettement des chiffres que j'ai donnés, malgré l'opinion contraire de Werner ; ils prouvent l'énorme fréquence des hernies chez les multipares. C'est surtout à la suite de l'accouchement, plutôt que pendant la grossesse, qu'apparaissent les hernies. Un certain nombre de celles

qui se manifestent dans ces conditions n'ont probablement fait qu'augmenter de volume.

4° Certains *états pathologiques* ont une part évidente à la production des hernies. Ce sont surtout les affections des voies respiratoires ; l'influence des affections urinaires, celle de la constipation habituelle, se font à peine sentir. Je n'ai rien pu découvrir qui incrimine la participation des maladies des fosses nasales ni du rhino-pharynx en la matière. Les hernies qui se développent sous l'influence de causes pathologiques sont toujours des hernies de faiblesse. Certains états du ventre, le *ventre en besace*, le *ventre en tablier*, le *ventre à triple saillie*, coïncident souvent avec ces dernières et indiquent un état particulier de relâchement des parois abdominales.

5° Parmi les *causes occasionnelles* qui ont déterminé l'apparition des hernies les plus nombreuses, il faut relever surtout les *efforts exagérés* survenus, le sujet étant dans une *fausse position* ou supportant une *charge*. Les *hernies cicatricielles* m'ont paru d'une observation très rare.

IV. Etat de la hernie et de son contenu. Complication et accidents. — L'*irréductibilité* de la hernie est relativement rare (1/28) ; elle est plus commune dans les hernies crurales que dans les inguinales ; dans les hernies ombilicales et épigastriques que dans les crurales ; elle s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme. On la voit se produire dans des hernies soumises au port du bandage bien moins souvent que dans les autres.

2° Les *troubles fonctionnels*, coliques, douleurs dans la hernie ont été observés dans les hernies volumineuses et partiellement irréductibles. Les *troubles dyspeptiques* sont très fréquents chez les sujets masculins atteints de hernies épigastriques, chez les femmes qui ont des hernies ombilicales.

3° *Accidents proprement dits.* — Sur 10,000 hernieux de tout âge et des deux sexes, 3,31 0/0 ont accusé dans leurs commémoratifs des accidents sérieux survenus du côté de la hernie. Ces accidents ont été plus fréquemment observés chez les femmes (5,34 pour 100) que chez les hommes (2,46 pour 100), pour les hernies crurales (6,45 pour 100) que pour les ombilicales (1,91 pour 100) et les inguinales (1,43 pour 100).

De ces accidents, les plus fréquents sont ceux d'étranglement proprement dit, grave (250 cas) ou léger (43 cas). La péritonite herniaire (38 cas seulement) s'observe surtout dans les hernies ombilicales irréductibles. Ces accidents surviennent à peu près aussi souvent chez les individus qui portent bandage que chez ceux qui n'en portent pas ; ils sont sujets à des répétitions assez fréquentes. Quoiqu'on les voie se produire parfois dès la première apparition de la hernie, ils atteignent plutôt les hernies anciennes que les hernies récentes.

Ils sont plus graves chez la femme que chez l'homme. dans la hernie crurale que dans les autres hernies. Pour les hernies crurales de la femme, l'étranglement avait nécessité l'opération dans plus de la moitié des faits.

4° *Déduction au point de vue du pronostic et des indications.* — La femme, bien moins atteinte que l'homme par les hernies, est bien plus exposée que lui aux accidents des hernies, et ceux-ci revêtent chez elle une gravité plus grande. Il y a donc lieu de tenir compte de cette différence dans l'appréciation des indications auxquelles donnent lieu les hernies.

L'étranglement par lui-même ou par les opérations qu'il nécessite ne paraît cependant pas être la cause d'une mortalité bien élevée, étant donné le nombre considérable de gens atteints de hernies.

Si les causes de mort qui résultent de l'existence d'une hernie chez un individu sont complexes et multiples, les chances fatales qui sont liées à l'éventualité d'un étranglement ne dépassent pas en moyenne la proportion de 1/100.

L'innocuité absolue de la cure radicale est donc la condition absolue de son exécution.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 décembre. – Présidence de M. Dusseaud

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Le Coin rappelle qu'il a proposé l'usage du lait dans les bureaux de bienfaisance et demande qu'il soit porté sur la liste des médicaments.

Correspondance. — 1° Lettre du Dr d'Echerac demandant l'honorariat. Cette lettre est renvoyée au bureau 2° Statistiques municipales de Paris et de Buenos-Ayres. 3° Publication du décret relatif au nouveau réglement. 4° Lettre du Dr Piot accusant réception du bulletin de la Société et adressant des remerciements. 5° Lettres d'excuses de MM. Billon, Commenge, Kinzelbach.

Distinctions honorifiques. — M. Barbillon est nommé officier d'Académie. — MM. Billon, de Lanièce ont obtenu des médailles d'argent pour les vaccinations.

Communications diverses. — M. Le Coin annonce 1° Que le Dr Foucart, membre de la Société, a subi la veille une opération qui a parfaitement réussi. Il lui a fait plusieurs visites. 2° Le décès du Dr Menne, du XVe arrondissement. 3° La notification par le Préfet de police aux Commissions d'hygiène de notre vœu tendant à l'admission d'un médecin des Bureaux de Bienfaisance au sein de ces commissions.

Admissions dans la Société. — Sur le rapport de M. de Pradel, M. Marieux est admis membre de la Société.

Sur le rapport de M. Billon, M. Peltier est admis membre de la Société.

Candidatures. — Sont nommés rapporteurs : M. Raymond Martin pour M. Gauja ; M. Noir pour MM. Ribell et Isidore ; M. Billon pour M. Bertillon ; M. Thominet pour M. Euvrard ; M. Tournier pour MM. Courdoux et Conil ; M. Séailles pour MM. Benoît, Fauvel et T. Gérard ; M. Kinzelbach pour M. Florain ; M. Gonrichon pour M. Dambrés ; M. Bimsenstein pour MM. Prieur, Blind et Recht ; M, Dufournier pour MM. Pineau et Weill ; M. de Pradel pour MM. Regimbeau et Doury ; M. Jarry pour M Castinel ; M. Pascal pour M. Bertrand.

Election du bureau pour l'année 1896. — Président, M. de Pradel ; 1er Vice-président. M. Séailles ; 2e Vice-président M. Gourichon ; Secrétaire-général M. Le Coin ; Secrétaire-général, adjoint, M. Billon ; Trésorier, M. Kinzelbach ; Archiviste, M. Mengy ; Secrétaires annuels, MM. Thominet et Dufournier.

Election du Conseil d'administration et de famille. — Sont nommés MM. Yvon Rotillon et Dusseaud.

Comité de publication. — Ce comité se compose du Bureau.

Décret de réorganisation du Bureau de Bienfaisance. — M. Rotillon demande ce que pense la Société du nouveau décret dans lequel il n'a été tenu compte d'aucune de nos réclamations.

La Société proteste contre le paiement à la visite et est d'avis de maintenir toutes nos revendications.

M. Rotillon demande que de nouvelles démarches soient tentées auprès de la cinquième commission; qu'une note identique soit confirmée et envoyée tant aux membres de la Société qu'aux conseillers municipaux.

Cette note devra résumer toutes nos demandes. Cette proposition est adoptée. Une demande d'audience sera adressée à la cinquième Commission.

Le Secrétaire annuel,
Dr Thominet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 9 janvier (fin)

Eruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopécie consécutive, par MM. Gaucher et Barbe.—L., âgée de 62 ans, a présenté pendant toute sa vie des symptômes d'hystérie et des névralgies faciales doubles très rebelles qui ont peut-être un certain lien avec la maladie cutanée dont elle est atteinte aujourd'hui. C'est, il y a deux ans, peu de temps après avoir subi une opération pour une carie des os de l'avant-bras droit, qu'une éruption de bulles s'est manifestée sur la région frontale, sur le vertex et même derrière les oreilles et autour de l'ombilic. Ces bulles ne tardèrent pas à se dessécher pour former des croûtes qui laissèrent après leur chute des cicatrices visibles, surtout au front, quand on efface les plis de cette région. Sur le cuir chevelu, les cheveux sont tombés peu à peu ; à leur place est restée une large plaque, dénudée de cheveux, située sur la ligne médiane. Sur cette plaque il n'y a pas de cicatrices isolées bien visibles, mais un aspect cicatricial du cuir chevelu, avec teinte érythémateuse et quelques télangiectasies disséminées. Les cheveux de la phériphérie de la plaque s'arrachent facilement et présentent au microscope des altérations assez analogues à celles de la pelade. A cause des antécédents nerveux de la malade, à cause de la symétrie des lésions, nous pensons qu'il s'agit ici d'une trophonévrose, peut-être d'origine hystérique.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1896. — Présidence de M. Th. Anger.

Grossesse extra-utérine. — M. Routier. Tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir dans la grossesse extra-utérine arrivée presque à terme. Il faut faire la laparatomie, inciser le sac ou marsupialiser.

Dans les cas de grossesse vers le troisième mois, je pense qu'il est préférable de faire le diagnostic, grâce aux symptômes locaux ou à des probabilités. Dans les quatre cas qu'il m'a été permis de suivre, j'ai fait la laparotomie et pu enlever le kyste fœtal. Les quatre malades ont guéri et, chose étrange, deux de ces opérées sont ultérieurement devenues enceintes normalement.

Les hématocèles cataméniales, qui sont les plus fréquentes, sont presque toujours des grossesses ectopiques qui n'ont pas évolué. C'est une ponte mal venue. Le fœtus reste comme corps étranger. Je ne parlerai pas d'hématocèles suppurées, qui sont très souvent des grossesses. Sur 24 cas d'hématocèles, j'incisai le cul-de-sac rétro-utérin et 3 fois je pus vérifier la présence d'un fœtus, en l'enlevant.

Les hématocèles simples sans fœtus sont presque toujours dans le cul-de-sac postérieur, parfois dans l'antérieur. Dans ce dernier cas, l'incision doit se faire au niveau du point où l'on sent la tumeur.

Je crois que la laparatomie n'est pas nécessaire, elle peut être dangereuse, difficile tandis que l'incision du cul-de-sac se fait facilement, sans complication. Par la voie inguinale il faut rechercher les poches accessoires,les ouvrir successivement et l'argument de M. Reynier se trouve ainsi annulé. Sur les 24 cas d'hématocèle que j'ai incisés, je n'ai pas eu de mort. Une seule fois j'ai eu une forte peur. Il s'agissait d'une tumeur du cul-de-sac postérieur. Je fis l'incision inguinale et évacuai ainsi un litre de caillots anciens. Je trouvai qu'il persistait une poche arrondie-supérieure. Je la fis descendre et effondrai cette tumeur; nouvelle issue de caillots sanguins. Pour augmenter mon ouverture, je déchirai l'ouverture. Il se fit une hémorrhagie abondante qui ne s'arrêta que par la compression aortique et le tamponnement. Malgré cet incident la guérison fut parfaite.

M. Schwartz. Mes réflexions se superposent à celles que vient de nous présenter M. Routier, non seulement au point de vue du diagnostic possible de la grossesse extra-utérine par la présence de métrorrhagies survenues dans l'intervalle des règles, mais encore au point de vue thérapeutique. Si l'on est en présence d'une lésion unilatérale, c'est à la laparatomie qu'il faut avoir recours, mais si l'hématocèle est rétro-utérine,que l'on ait, ou que l'on n'ait pas affaire à une poche avec fœtus développé ou non développé, dans les cas où on a affaire à une tumeur abdominale c'est encore à la laparatomie que l'on doit s'adresser, sauf les cas où l'hématocèle est nettement rétro-utérine, pour lesquels la méthode préférable, la méthode de choix est l'incision vaginale. Je l'ai faite une quinzaine de fois, et toutes mes malades ont guéri.

M. Segond. Je possède un nombre assez considérable d'observations de grossesses extra-utérines et ne veux me borner qu'à quelques généralités.

M. Picqué a paru penser qu'on attribuait à tort à Gallard la pathogénie de l'hématocèle. C'est bien Gallard qui a établi la doctrine de la ponte extra-utérine et le rapport étroit entre l'hématocèle et la puerpuéralité.

M. Picqué a souligné la différence entre l'hématocèle non puerpuérale et l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire. Je dois avouer que nous sommes en complet désaccord; que cette distinction ait une grande valeur au point de vue nosographique, peut-être, mais je nie qu'elle

on ait au point de vue pratique. On fait une erreur de diagnostic fréquente dans plus de la moitié des cas. M. Lucas-Championnière, M. Reynier l'ont dit. Si l'on attendait d'avoir le diagnostic de grossesse extra-utérine pour opérer, nous risquerions fort d'opérer trop tard. Nous devons opérer quand une tumeur annexielle se présente et demande à être enlevée.

M. Picqué nous a dit que l'hystérectomie vaginale n'était jamais indiquée dans la grossesse extra-utérine mais dans la tubo-interstitielle. Or, je ne vois pas qu'il soit possible de faire ce dernier diagnostic. Donc, il n'y aurait jamais indication d'hystérectomie vaginale qu'après avoir fait la laparotomie qui a permis de faire le diagnostic, et il serait, me semble-t-il, bien tard.

Je crois donc que la grande division en 2 groupes, grossesse extra-utérine évoluant normalement, et grossesse extra-utérine compliquée me paraît peu pratique.

Je diviserai les grossesses extra-utérines en *grossesses avant le 5e mois* et *grossesses après le 5e mois*.

Dans le premier groupe, en clinique, nous devons marcher sur le diagnostic de l'indication opératoire et non sur le diagnostic pathogénique. La grossesse se présente ou, exceptionnellement, évoluant sans symptômes, ou présentant des symptômes qui font de cette grossesse une tumeur qui demande l'intervention. Elle est unilatérale chez une femme jeune, une seule intervention est indiquée, c'est la laparotomie. Elle est compliquée avant le 5e mois d'hémorrhagie intra-péritonéale, il y a qu'une indication formelle a laparotomie. Ou bien enfin on a sans complication une hématocèle, l'ancienne hématocèle de Nélaton, elle est puerpuérale, non puerpuérale, peu importe la pathogénie, il suffit pour guérir les malades d'inciser le cul-de-sac postérieur, de l'inciser largement, c'est la seule opération. Enfin il y a une hématocèle, dont on ne peut déterminer l'origine et qui parait provenir de métrorrhagies dans la poche, parfois graves. Dans ce cas, incision du cul-de-sac postérieur, et la malade guérit, de sorte que même pour cette sous-cavité je suis encore partisan de l'incision du cul-de-sac postérieur.

Ces grossesses extra-utérines jeunes se compliquent de péritonite ou de suppuration, elles deviennent alors des suppurations du petit bassin, et je ne veux pas recommencer la discussion déjà si souvent renouvelée des indications dans les suppurations du petit bassin.

Le deuxième groupe, les grossesses extra-utérines ayant dépassé le 5e mois, est différent du premier. On fera plus souvent le diagnostic, et ici il n'y a plus à discuter entre le vagin et l'abdomen. C'est la laparotomie qui seule est indiquée. Le cas idéal est celui où on a une mère vivante et un fœtus vivant. La laparotomie peut seule atteindre cet idéal. Que faire de la poche? La marsupialiser. Mais doit-on attendre que le fœtus soit assez fort pour tenter de l'avoir vivant? Ceci varie suivant le chirurgien.

Si le fœtus est mort depuis quelques jours seulement, on a conseillé d'attendre un peu pour que la placenta se dévascularise ; puis on se trouve en présence de la seconde hypothèse, le fœtus mort depuis longtemps. Je conseille la laparatomie, mais M. Pinard paraît pencher vers l'élytrotomie.

Enfin le fœtus est libre dans la cavité péritonéale. Ici pas de discussion sur la conduite à tenir vis-à-vis du placenta. Il est plus sûr de l'enlever tout de suite.

Cette grossesse qui a dépassé le 5e mois peut se compliquer de péritonite, d'hémorrhagies, de ruptures. Pas de doute, dans ce cas, c'est la laparatomie qui seule peut se trouver indiquée.

Appendicite opérée. — Présentation des pièces par M. Brun.

Gastroentérostomie par bouton de Murphy pour sténose du pylore. — Présentation des pièces par M. Quénu.

Ostéome de la partie supérieure de la cuisse. — Ablation. Guérison. — Présentation du malade par M. Delorme.

Grossesse extra-utérine. Rupture intra-péritonéale. Laparatomie. Guérison. — Présentation des pièces par M. Bazy.

Dr F. Venchère.

VARIÉTÉS

L'affaire de Montreuil

Il est peu de médecins en France qui ne soient actuellement au courant de l'affaire de Montreuil et de la lutte, peu courtoise d'un côté, qui existe entre le maire de Montreuil et les six médecins qui exercent dans cette localité. Le maire, voulant créer dans cette commune un dispensaire gratuit où les consultations auraient lieu chaque matin, demanda leur assentiment à cinq des médecins de Montreuil, laissa de côté le sixième, malgré les propositions qu'il lui avait déjà fait faire, et le remplaça par une femme médecin, Mme le Dr Bertillon, femme du Dr Bertillon, bien connu comme chef de travaux de la statistique municipale de Paris. Tandis que les cinq premiers médecins, ceux de Montreuil, devaient exercer ces fonctions à titre purement gratuit, Mme Bertillon était au contraire honorée d'une somme de cinq cents francs par an, à titre de frais de déplacement. Cette inégalité de traitement et l'exclusion du sixième médecin montreuillois, le Dr Delaunay, décidèrent nos cinq confrères à prier le maire d'accepter leur démission. Le maire reçut cette démission avec une désinvolture qui fait peu honneur à son éducation et, pour remplacer nos confrères, demanda le concours d'un médecin militaire retraité, le Dr Bourot, ancien médecin principal de 1re classe, commandeur de la Légion d'honneur.

Sur la demande des médecins de Montreuil, le Syndicat des médecins de la Seine s'est occupé de l'affaire et nous avons reproduit l'ordre du jour voté par l'assemblée générale de ce Syndicat, flétrissant la conduite du maire de Montreuil et déplorant qu'il se soit trouvé des confrères assez oublieux de tout sentiment de dignité professionnelle pour le suivre dans la voie illégale où il est entré.

Depuis, deux autres médecins, les Drs Audigier et Acard se sont unis aux Drs Bourot et Caroline Bertillon pour assurer le service du dispensaire, et la lutte est de plus en plus intense. Le Syndicat des médecins de la Seine a adressé à ces quatre confrères une convocation à assister à une séance de la Commission d'arbitrage et de déontologie du Syndicat des médecins de la Seine, commission assurément fort désintéressée dans l'affaire et devant laquelle il aurait été plus simple de s'expliquer très confraternellement; mais deux des confrères ont préféré ne pas répondre.

M. le Dr Jacques Bertillon a répondu pour sa femme, et Mme Bourot a répondu pour son mari. Nous ne reproduirons pas, malgré son intérêt, cette correspondance un peu longue. Disons seulement que M. Jacques Bertillon, répond par une fin de non-recevoir, tandis que Mme Clémentine Bourot a cru devoir publier, dans un journal de Montreuil, deux longues philippiques pour dévoiler *les actes d'inhumanité qui se commettent tous les jours parmi la gent médicale* et affirmer que les *4.000 affiliés à l'officine de la rue de Dunkerque* (lisez : *Concours médical*), animés entre eux de l'envie et de la jalousie la plus basse et la plus effrénée, ne s'entendent que sur un seul point : *soulager les pauvres gens de leurs gros sous ou de leurs pièces de cent sous suivant leur richesse.*

Le *Bulletin du syndicat des médecins de la Seine* se borne à ajouter cette juste réflexion :

« Nous eussions préféré que M. Bourot, commandeur de la Légion d'honneur, fût son propre interprète et nous eût déclaré s'il estimait au même taux que sa femme l'honneur des médecins civils.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette affaire qui ne manque décidément pas d'intérêt

A Ch.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'épilepsie. — D'un travail sur le traitement de l'épilepsie publié dans la *Revue Internationale de Thérapeutique et Pharmacologie* par les Drs Marianesco et Paul Sérieux, nous extrayons ce qui suit:

Posologie des bromures. — La question des doses auxquelles il convient de donner les préparations bromiques est importante. Le but du traitement est, comme le dit Séguin, de tenir le malade pendant plusieurs années au degré voulu de bromisme thérapeutique sans produire d'effets toxiques et sans permettre au système nerveux de regagner son excitabilité. Il s'agit donc de trouver la dose nécessaire pour réprimer les décharges convulsives, sans toutefois la dépasser ; or cette dose varie suivant les sujets. Il faut tenir compte, en effet, de susceptibilités individuelles, souvent inexplicables, qui font que tel malade ne tolère point des doses même faibles. Séguin, par exemple, a vu des accidents de bromisme éclater chez une femme adulte ayant pris, pendant une semaine ou deux, une dose quotidienne de 2 grammes de bromure de sodium, alors qu'il a pu donner impunément 10 grammes du même bromure par jour à une jeune fille de quinze ans. En outre de cette variabilité, suivant les individus, de la résistance à l'action des bromures, il faut tenir compte du poids du malade, la résistance à l'action du médicament étant, toutes choses égales, proportionnelle au poids (Séguin). Il va sans dire que l'âge fournit des indications ; cependant, d'après M. Féré, les enfants de dix à quinze ans supporteraient à peu près les mêmes doses que les adultes.

De quatre à cinq ans les doses varient entre 5, 6 et 8 gr. par jour. En général il faut élever la dose quotidienne jusqu'à ce qu'on obtienne l'anesthésie complète du pharynx. (A. Voisin). On ne doit pas, en principe, dépasser les doses de 9 à 10 grammes (Eulenburg). Cependant chez les malades dont les attaques sont très intenses ou très fréquentes, il faut atteindre les doses de 10 à 12 grammes (Magnan). Gauster (1) va même jusqu'à conseiller dans certains cas la dose quotidienne de 20 grammes. M. Féré n'admet pour ainsi dire pas de limite à la bromuration : les cas résistant aux doses moyennes seraient avantageusement modifiés par des doses plus fortes. Cette pratique est inoffensive lorsqu'elle est accompagnée de certaines précautions. Sur vingt sujets qui ont pris de 16 à 21 grammes par jour, un seul a subi une perte de poids excessive ; celle-ci était négligeable dans neuf cas; dans quatre cas, le poids du corps est resté stationnaire et il a augmenté dans les six derniers cas. Les effets obtenus par ces doses massives de bromure ont été bons et persistants chez onze malades, bons et temporaires chez sept, et nuls chez deux autres (Féré).

Modes d'administration des bromures. — Le nombre des doses quotidiennes de bromure doit, d'après Séguin, être aussi restreint que possible. La dose quotidienne ne doit pas être répartie en plus de deux ou trois prises. Il faut donner toute ou presque toute la dose de bromure efficace quatre ou six heures avant le moment d'apparition éventuel des attaques, autant que possible après un repas. Cette question du nombre des doses et de l'heure à laquelle elles sont prises a son importance. Huchard a observé un épileptique avec attaques nocturnes qui prenait 12 grammes de bromure de potasium par jour, par doses de 2 grammes dans la journée. Cette médication restait sans résultats : le bromure s'éliminant en effet rapidement, il arrivait que pendant la nuit, l'organisme s'était déjà débarrassé de tout le sel absorbé. Six grammes de bromure pris le soir firent disparaître les attaques nocturnes. Dans des cas analogues, Séguin administre également tout le bromure des vingt-quatre heures en une seule dose (de 3 à 10 grammes) après le repas du soir, ou au moment du coucher, suivant l'heure de la nuit à laquelle se produit l'accès.

Dans un grand nombre de cas, on peut donner le bromure en deux prises, le matin et le soir, une demi-heure après un repas (Eulenburg) ou au début du repas (Magnan, Féré).

On a insisté avec raison sur la nécessité de *diluer largement* chaque dose de bromure, et de boire la solution lentement. Le véhicule préférable est l'*eau de Vichy* ou une *eau alcaline* (Séguin). Sander et Eulenburg recommandent comme véhicule une *eau gazeuse;* en stimulant ainsi la fonction sécrétoire des reins, on active l'élimination des bromures et on prévient leur accumulation dans l'organisme. L'acide carbonique aurait en outre pour effet de faciliter la mise en liberté du brome (Eulenburg). M. Magnan conseille l'emploi d'*infusions aromatiques amères* (feuilles d'oranger, tilleul, houblon, quassia-amara).

Règles générales de la médication bromurée. — « La maladie, dit Trousseau, doit être attaquée sans trêve. L'économie doit sans cesse être sous l'empire du médicament si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie que vous forcez à se taire. » Cette maxime doit toujours être présente à l'esprit du médecin. La médication bromurée doit être continuée sans trêve durant des années, même après la disparition des paroxysmes épileptiques.

A plus forte raison ne diminuera-t-on pas la dose que l'expérience a montré être nécessaire, tant qu'il y aura des manifestations du mal comitial. Quant à la suppression brusque des bromures, elle peut entraîner des accidents

(1) Gauster. *Wiener medicin. Presse*, 1889, nos 13, 15.

redoutables. Répétons donc, avec Voisin, que le bromure doit être, pour l'épileptique, presque un aliment.

Charcot ordonnait fréquemment les bromures à *doses progressivement croissantes*, de 4 à 7 et 8 grammes par exemple, en augmentant de 1 gramme par semaine ; puis on recommençait le mois suivant par la dose de 4 grammes. Certains médecins anglais (Gowers) ont conseillé l'emploi de *doses massives* (15, 20, 24, 31 grammes) tous les deux, trois ou cinq jours. Gubler, Magnan permettent, quand les attaques deviennent moins fréquentes et moins graves, de suspendre l'emploi du bromure par intervalles (cinq à six jours tous les quinze ou vingt et un jours). Quelques médecins conseillent des intervalles d'un ou deux jours.

Nombre d'autres veulent des *doses journalières constantes* et insistent pour que le bromure ne soit supprimé sous aucun prétexte. Eulenburg, par exemple, considère l'élévation et l'abaissement progressif des doses comme absolument inutiles. Il ne veut point que la médication bromique soit interrompue un seul jour, ni pendant les époques menstruelles, ni pendant la grossesse. Tout au plus, certaines maladies intercurrentes peuvent-elles nécessiter une interruption momentanée du traitement. Le bromisme bénin (acné, trouble gastrique, catarrhe bronchique), réclame parfois, mais pas forcément, un abaissement momentané des doses. Il est préférable, dit Eulenburg, de lutter contre ces accidents par les moyens diététiques et hygiéniques. Séguin a l'habitude de diminuer les doses de bromure pendant les maladies fébriles et les affections chirurgicales.

Le traitement bromuré peut être continué sans inconvénients pendant des années. Nous avons déjà dit qu'il ne doit jamais être suspendu brusquement par crainte de graves complications (état de mal). Féré déclare que le bromure ne doit jamais être supprimé, sauf dans les maladies aiguës adynamiques.

Quand peut-on cesser la médication bromurée ? D'après Eulenburg, la médication doit être continuée, au minimum, pendant deux ou trois ans après la dernière attaque.

Séguin restreint la dose journalière de 0,50 à 1 gramme tous les trois ou quatre mois lorsque le malade est resté trois ans sans présenter aucune manifestation épileptique. L'action du bromure se faisant sentir également sur la descendance (expériences de M. Laborde), c'est là une raison de plus de continuer le traitement longtemps après la transmission de la prédisposition épileptique. Ces faits obligent également le médecin à ne pas interrompre la médication bromurée pendant le cours de la grossesse des femmes épileptiques, aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant (Féré).

Résultats de la médication bromurée. — M. J. Falret a donné les résultats obtenus dans son service par l'emploi du bromure de potassium. Chez la moitié des malades, atteints presque tous d'épilepsie ancienne, ayant déjà résisté à d'autres moyens de traitement, il n'y a eu aucun résultat. Pour l'autre moitié, tantôt, et le plus souvent, on a constaté une diminution notable dans l'intensité ou la fréquence des attaques, tantôt il y a eu une amélioration notable permettant de considérer la maladie comme suspendue momentanément. Les épileptiques chez lesquels le bromure réussit le mieux sont, d'après Falret, ceux qui ne présentent ni trouble mental prononcé, ni vertiges, ni absences, et dont les attaques épileptiques, quoique intenses et très caractérisées, sont séparées les unes des autres par des intervalles assez éloignés, sans vertiges ni absences. Voici le résultat des observations de M. Falret au point de l'ordre progressif d'amélioration :

« 1° Les attaques de nuit disparaissent plus vite que les attaques de jour.

« 2° Les malades ayant des accès d'agitation maniaque voient ces accès cesser avant les attaques épileptiques.

« 3° Les grandes attaques épileptiques diminuent d'abord de fréquence et d'intensité, avant de disparaître complètement.

« 4° La plupart des malades, très notablement améliorés, conservent encore trois ou quatre attaques par an.

« 5° Les grandes attaques convulsives cessent avant les absences et les vertiges. Il est, en effet, des malades très améliorés qui n'ont plus ou presque plus de grandes attaques et qui éprouvent encore des absences ou des vertiges.

« 6° Enfin, les absences et les vertiges sont, de tous les symptômes de l'épilepsie, ceux qui résistent le plus longtemps à l'action du bromure. Certains épileptiques, en effet, très améliorés, n'ayant plus ni grandes attaques depuis longtemps, ni excitation maniaque, ni irritabilité de caractère, conservent néanmoins des absences et des vertiges de courte durée. C'est le symptôme le plus rebelle et qui témoigne le plus longtemps de la persistance de la maladie. »

M. Hughes Bennett, sur trois cents malades traités par les bromures de potassium et d'ammonium, a obtenu les résultats suivants : 12,1 p. cent n'ont pas eu d'accès pendant la durée du traitement; 83,3 p. cent ont vu leurs accès diminuer en nombre et en intensité; 2,3 n'ont éprouvé aucun changement; 2,3 ont eu une augmentation.

La plupart des expérimentateurs ont obtenu des résultats également satisfaisants, et l'on peut dire, avec Gubler, que le bromure de potassium guérit quelquefois, soulage souvent et ne nuit presque jamais. D'après Wulff, la proportion des guérisons serait de 2 p. 100. Celle des améliorations est de beaucoup plus considérable. Il faut d'ailleurs tenir compte, pour apprécier à sa valeur l'action du bromure, de l'ancienneté de la maladie et de la nature, convulsive ou non, de ses paroxysmes. Enfin, comme nous le verron plus loin, ce n'est pas tout que d'avoir amendé l'excitabilité pathologique de l'écorce cérébrale, il faut encore empêcher l'action des causes provocatrices. C'est en combinant ces deux méthodes qu'on obtiendra des améliorations notables et même des guérisons indiscutables.

Accidents de la médication bromurée. — Dans le traitement de l'épilepsie par les préparations bromiques il importe, étant donnée la durée du traitement et les doses parfois élevées du médicament, de donner des sels dont la pureté soit absolue; ceux-ci doivent plus particulièrement être privés de chlorure, de carbonate et de sulfate de potassium. Il arrive cependant que, malgré la pureté des bromures employés, des accidents se produisent qui sont dus à l'action toxique des sels de brome eux-mêmes.

L'intoxication par les bromures ou bromisme peut être aiguë ou chronique. Dans le *bromisme aigu* on observe une sorte d'ivresse, suivie de stupeur, et parfois un état comateux.

Le *bromisme chronique* est caractérisé par des troubles psychiques (hébétude, affaiblissement intellectuel, somnolence, physionomie sans expression, hallucinations, délire, stupeur) ; et par des troubles physiques (faiblesse musculaire, démarche chancelante, embarras de la parole, ca-

chexie, acné confluente, troubles digestifs graves, symptômes pulmonaires et cardiaques, fièvre, etc.). Le malade est parfois emporté par une pneumonie.

Pour prévenir les accidents du bromisme, M. Féré recommande l'antisepsie gastro-intestinale (salol, benzo-naphtol, salicylate de bismuth), les soins de propreté de la peau, le régime lacté. On surveillera attentivement les sujets prédisposés au bromisme en raison de leur affaiblissement, de leur état d'insuffisance rénale (Huchard), de l'existence de lésions organiques du cerveau ou du cœur (Séguin), de leur genre de vie sédentaire (Magnan). Il ne faut pas se fier à l'apparition de l'acné pour apprécier le bromisme (Séguin).

Voici, d'après M. Féré, quelles sont les précautions que nécessite la *bromuration à haute dose* : les malades sont fréquemment pesés et examinés complètement à nu; la diminution rapide et continuelle du poids, l'existence de lésions cutanées, la dépression morale ou physique avec une température basse sont une indication de la suppression immédiate et entière du bromure. On favorisera l'élimination du médicament par la voie intestinale au moyen de purgatifs, et par la peau (pilocarpine).

Contre le bromisme chronique, Eulenburg recommande la régularité des selles, la stimulation des reins par l'ingestion de boissons gazeuses, le séjour en plein air, une nourriture fortifiante, l'exercice corporel, les bains, l'hydrothérapie, la stimulation des fonctions cutanées. La suppression du bromure, le massage des membres, la douche en plusieurs fois dans un bain chaud, le café noir sont conseillés par Wildermuth, les anesthésiques, la caféine, l'arsenic (liqueur de Fowler V à X gouttes) par Huchard.

Le vinaigre, antidote de l'acide phénique. — Le professeur E. Carleton (de New-York) représente le vinaigre comme un excellent contre-poison du phénol. Appliqué sur une surface cutanée ou muqueuse qui vient d'être brûlée par de l'acide phénique concentré, il ferait disparaître aussitôt la blancheur caractéristique ainsi que l'anesthésie produites par cette substance et empêcherait la formation de l'eschare consécutive à la brûlure. Enfin, il neutraliserait également l'acide phénique introduit dans l'estomac. Aussi, la première mesure à prendre dans un cas d'empoisonnement par ingestion de phénol consisterait-elle à faire avaler au patient du vinaigre coupé d'eau à parties égales, après quoi l'on procéderait au lavage de l'estomac. (*Revue médicale.*)

Des préparations de corps thyroïdes. — M. F. Vigier a fait connaître à la Société de thérapeutique un moyen facile de conserver à la glande toutes ses propriétés. Après avoir rappelé que M. Flourens, pharmacien à Bordeaux, en mélangeant le corps thyroïde rapidement avec du sucre, prépare des pastilles qui se conservent bien, M. Vigier indique que son procédé consiste à débarrasser la glande thyroïde de tous les corps étrangers qu'elle peut renfermer, « graisse, kystes, abcès, etc. », à la pulper et à la mélanger immédiatement à du biborate de soude et à de la poudre de charbon, et à diviser la masse en capsules de 10 centigrammes. La glande, ne subissant pas l'action de la chaleur, ne s'altère pas.

L'expérience a encore démontré qu'en cet état la glande thyroïde conserve plusieurs années les mêmes propriétés que la glande fraîche.

Les médecins préfèrent aujourd'hui administrer le corps thyroïde frais, mais il n'est pas toujours commode de se procurer cette glande. Il était donc important d'arriver à posséder une préparation pharmaceutique présentant la glande comme si elle était à l'état frais.

M. Yvon. Une préparation pharmaceutique, quelle qu'elle soit, paraît moins active que la glande employée en nature. En effet, des glandes recueillies aussitôt après la mort de l'animal et immédiatement coupées en morceaux, ont été préparées avec de l'acide borique pour prévenir toute altération; puis la pulpe obtenue a été desséchée dans le vide à la température ordinaire et immédiatement divisée en capsules. La conservation de cette poudre est parfaite, et au bout d'une année, je n'ai pu observer aucune trace d'altération. Cependant son action est loin d'être aussi active que celle de la glande fraîche.

Peut-être faut-il faire intervenir l'âge de l'animal qui fournit la glande.

On peut préparer des extraits liquides destinés aux injections hypodermiques doués d'une grande activité, en prélevant les glandes d'une façon aseptique. On les pulpe et on les met en contact avec de l'eau glycérinée, puis on filtre simplement sur une bourre de coton comprimée dans un tube, le tout stérilisé. L. V. — *(Un pharm.)*

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. Questions posées : *Les oreillettes du cœur; étiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne; — sinus de la dure-mère; signes et diagnostic de l'urémie.*

Le concours est terminé. En voici le résultat :

Internes titulaires : MM. 1. Veau, J. Roger, Ghiska, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, F. Monod, Terrien, Rebreyend; Merklen;

11. Deguy, Ferron, Théohari, M. Millet, Oupuy-Dutemps, Keim, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann;

21. Chaillous, Pétron, Alf. Martinez, Druault, Constensoux, J.-C. Roux, H. Tissier, P. Grosjean, Gibert, Grisel;

31. Ardouin, Fontoynont, Roques, Georghiu, Audion, Turner, Bernheim, Bigard, Cadol, H. Herrenschmidt;

41. Coyon, Marcille, Hennecart, Ed. Mercier, Guibé, Menier, Mettetal, Guillemot, Luys, Véron.

Internes provisoires : MM. 1. E. Weil, Cochmé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guery, Hivet;

11. De Font-Reaulx, G. Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Ch. Michaux, Iselin, Tournemelle;

21. Clerc, d'Herbécourt, Nicaise, L. Sicard, Rastouil, Gauilleur, L'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu;

31. Rellay, Masbrenier, Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, J. Levy, Thoyer, Minet, Tesson, Célos;

41. Fossard, G. Levy, Nollet, Elias, Chastanet, Ballet, Guillemard, Drouard, Ad. Mauger, M. Guillot.

51. Gauchery, Benj. Weill, Audistère.

Concours pour les places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1896. — Le lundi 23 mars 1896, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de

l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1896.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois, depuis le lundi 10 février jusqu'au samedi 7 mars inclusivement.

Distinctions universitaires. — Officiers d'Académie. Sont nommés : M. le Dr Bordo (de Cheragas); Mo Chellier, docteur en médecine à Marseille; MM. les Drs Lescure, conseiller général à Oran; Martin, médecin principal, président de la Société des anciens élèves du lycée de Constantine.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté ministériel, en date du 16 janvier 1896, la chaire d'histologie et la chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille sont déclarées vacantes.

La photographie à travers les corps opaques. — A la Société de médecine de Berlin, M. Jastrowitch a montré la photographie d'une main vivante sur laquelle on avait pu photographier le squelette de ce membre.

Cela tient, a dit M. Jastrowitch, à ce que cette photographie a été obtenue au moyen des rayons lumineux qui se manifestent lorsqu'on fait passer un courant électrique dans le vide. Ces rayons lumineux jouissent, en effet, de la propriété de traverser les corps opaques, tels que le carton, le bois, etc., etc. Cette découverte est due à M. Rontgen (de Wurtzourg). Les métaux cependant ne se laisseraient pas traverser par cette lumière. On a pu photographier des ciseaux placés dans un étui.

Les os étant ainsi moins perméables à ces rayons lumineux que les parties molles, on conçoit que la photographie de la main ressemble à celle de la main d'un squelette.

La lumière ainsi obtenue par l'électricité n'est soumise ni aux lois de la réfraction ni à celle de la réflexion.

La médecine et surtout la chirurgie pourront sans doute dans maintes circonstances faire leur profit de cette nouvelle espèce de lumière.

Peut-être sera-t-il possible, en photographiant l'abdomen, de découvrir le siège d'un volvulus ou de tout autre obstacle au cours des matières.

Ces photographies ressemblent à celles que l'on obtenait avant Daguerre, lorsqu'on recueillait à l'aide de la lumière des empreintes sur le chlorure d'argent. Elles ne seront pas susceptibles d'application tant que l'on n'aura pas découvert de lentille jouissant de la propriété de condenser ces singuliers rayons.

Lundi dernier, M. Poincaré a présenté à l'Académie des sciences des épreuves photographiques de M. Rontgen. Il a présenté également les résultats obtenus par deux de nos plus distingués confrères parisiens, MM. les Drs Oudin et Barthélemy qui ont obtenu des épreuves aussi nettes que celles du savant allemand. Nous aurons certainement à revenir bientôt sur ce sujet.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil se réunira en session ordinaire le mercredi matin 29 janvier à 10 heures à l'Institution nationale des sourds-muets. Les séances ultérieures auront lieu l'après-midi à 3 heures et le matin à 9 h. 1/2.

Ordre du jour : 1° Election du président et de deux vice-présidents; 2° Discussion du projet de loi relatif à la surveillance des établissements d'assistance privée (M. de Crisenoy, rapporteur); 3° Avis à émettre en vertu de l'article 35 de la loi sur l'assistance médicale gratuite (MM. Dreyfus-Brisac et Rondel, rapporteurs); 4° L'admission des étrangers dans les hôpitaux français (M. Chevallereau, rapporteur).

Infirmerie de Saint-Lazare. — Concours pour 6 emplois d'internes et 6 emplois d'internes provisoires. Les candidats qui désireront prendre part au concours qui aura lieu le jeudi 20 février 1896, se feront inscrire à la Préfecture de police (service du personnel — caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le 20 janvier 1896, à 10 heures du matin, et sera clos définitivement le 8 février suivant à 4 heures; les candidats qui seront admis à concourir recevront avant le 20 février avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra : 1° Justifier de sa qualité de Française; 2° être âgé de moins de vingt-huit ans; 4° être pourvu d'au moins 12 inscriptions prises dans une faculté de l'Etat; 4° n'être pas reçu docteur en médecine.

Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, une pièce établissant sa situation au point de vue militaire, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt la clôture de la liste d'admission, il sera donné communication de la liste des membres du jury aux candidats admis qui en feront la demande.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devraient être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera : 1° En une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera choisi, par tirage au sort, entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes; 2° en une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion). Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points; elle sera de 20 points pour l'épreuve orale.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 janvier 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Vadon, Guertin, Waynbaum, Morault, Vialloux, Critzmann, Narodezki, Poillot, Lamand, Crochet, Guyard, Javey, Louradour, Sipp, Lapicque, Leseigneur, Gillé, Guérin, Delestang, Bonnemaison, Bauraud, Feuchère, Gotteland, Roy, Jay, Sauvage, Dégrange, Le Boul, Bertrand, Vernet, Changeux, Vallais, de La Chapelle, Plouvier, Millon, Nouvel, Julien, Vivent, Razemon, Audignon, Nordmann, Savy, Boissat, Bardonnet, Saint-Pé, Mareuge, Huot, Dietrich, Poisson, Gauthier et Duraud.

Corps de santé de la marine. — MM. Bouteiller et Lucciardi sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine et attachés au port de Toulon.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 17 janvier 1896, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent, savoir :

MM. Gautier, Bouffard, Lecomte, Roche, Bec, Parazols, Bernard, de Nicolas du Plantier, Cologner, Dor, Coutant, Escande de Messières, Augier, Marzin, Marchand, Pannetier.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Sourdille est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Delagenière est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Bourse de doctorat. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 9 janvier sont admis à concourir pour les bourses de doctorat en médecine de deuxième année, les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

« Tel qu'il se présente, dit le rapport, le nouveau règlement réalise sur le précédent un progrès considérable : il diminue grandement les charges de la navigation ; il augmente les garanties qu'exige la protection de la santé publique ; il supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, — par des mesures prophylactiques prises, autant que possible, soit au départ, soit à bord du navire, sous le contrôle d'un médecin spécialement agréé à cet effet, — par une surveillance médicale appliquée, en cas de nécessité, aux passagers, après leur mise en libre pratique, pendant une période de quelques jours correspondant à la durée d'incubation de la maladie ; il accorde des facilités et des avantages particuliers, tels qu'une notable réduction de taxes, aux navires qui, secondant les vues du service sanitaire, auront à bord un médecin sanitaire et une étuve à désinfection, et pourront certifier à leur arrivée que toutes les mesures de désinfection et d'assainissement prescrites ont été rigoureusement effectuées durant la traversée. »

Sages-femmes. — Par décret, en date du 18 janvier 1896, l'enseignement donné aux élèves sages-femmes dans les Maternités, en exécution du décret du 25 juillet 1893, peut être inspecté par les délégués du ministre de l'instruction publique. Ce ministre transmet au ministre de l'Intérieur le résultat de ces inspections.

Police sanitaire maritime. — Le *Journal officiel* du 21 janvier 1896 publie le rapport et le décret portant règlement de police sanitaire maritime.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 26 janvier à 9 h. 1/2 dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis et les continuera les dimanches suivant à la même heure.

Banquet Lancereaux. — Par suite de l'insuffisance du local d'abord choisi, et du grand nombre d'adhérents, le banquet Lancereaux est reporté au samedi 3 février à 7 h. 3/4, au restaurant Cubat, 25, Champs-Elysées.

Adhésions aux docteurs Besançon, 11, avenue de l'Opéra, Thiroloix, 73, avenue d'Antin.

Nécrologie. — Le Dr Wickham (Edmond), ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie à la Faculté, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, décédé brusquement le 16 janvier à l'âge de 38 ans.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. Excursion en Algérie et en Tunisie, organisée avec le concours de l'agence « Cook » du 29 janvier au 24 février 1896.

Itinéraire : Paris, Marseille, Tunis, Constantine, Biskra, Batna, Sétif, Bougie, Tizi-Ouzou, Alger, Blidah, Alger, Marseille, Paris. Prix de l'excursion : 1re classe, 1,175 fr.

Ce prix comprend : le transport en chemin de fer en France et en Algérie ; les passages à bord des paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique ; le logement, la nourriture, pendant toute la durée du voyage, etc..., sous la responsabilité de l'agence « Cook ».

Les souscriptions seront reçues aux bureaux de l'agence, 1, place de l'Opéra.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hypnotisme scientifique, par le Dr Crocq fils ; introduction de M. le Prof Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8° de 300 pages, avec 98 figures en phototypie hors texte. Prix : 10 fr. Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les Causeries de Bianchon.. préface d'Henri Lavedan. Un volume in-12 de 380 pages, prix 4 francs. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.

PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — Anémie, chlorose — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat